tượng này nhằm thực hiện tư vấn di truyền một cách kịp thời hạn chế hậu quả đáng tiếc xảy ra trong quá trình sinh sản. Đối với các cặp vợ chồng chỉ mới ST-TCL một lần chưa nhất thiết phải tiến hành xét nghiệm NST tuy nhiên nên tiến hành nếu có điều kiện.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bất thường NST: Có 61 cặp vợ chồng với 62 đột biến NST chiếm tỷ lệ 4,99% (42 trường hợp ở vợ, 20 trường hợp ở chồng). Đột biến cấu trúc chiếm 4,66%, đột biến số lượng chiếm 0,33%.

- Ở vợ đột biến cấu trúc NST chiếm 97,62% (28 chuyển đoạn tương hỗ, 13 chuyển đoạn hòa hợp tâm), 1 trường hợp (2,38%) mang đột biến dạng khảm 90%[46,XX]/10% [47,XXX]

- Ở chồng đột biến cấu trúc NST chiếm 85% (12 chuyển đoạn tương hỗ, 3 chuyển đoạn hòa hợp tâm, 1 xen đoạn và 1 nhân đoạn). Đốt biến số lượng chiếm 15% (2[XYY], 1[XY,+Mar]).

2. Mối liên quan giữa đột biến NST với số lần ST-TCL

- Điểm cắt là 1 lần và >1 lần ST-TCL:

Người vợ: Nhóm ST-TCL 1 lần: 1,4%; Nhóm ST-TCL > 1 lần: 3,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,125).

Người chồng: Nhóm ST-TCL 1 lần: 1,0%. Nhóm ST-TCL > 1 lần: 1,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,55).

- Điểm cắt là ≤ 2 lần và > 2 lần ST-TCL:

Người vợ: Nhóm ST-TCL ≤ 2 lần: 2,4%. Nhóm ST-TCL > 2 lần: 5,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,006).

Người chồng: Nhóm ST-TCL ≤ 2 lần: 1%. Nhóm ST-TCL > 2 lần: 3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,025).

Cần tiến hành xét nghiệm NST cho những cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL > 2 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Suciu, N. and V. Plaiasu,** *A time stamp comparative analysis of frequent chromosomal abnormalities in Romanian patients.* J Matern Fetal Neonatal Med, 2014. **27**(1): p. 1-6.
2. **Qin, J.Z., et al.,** *Risk of chromosomal abnormalities in early spontaneous abortion after assisted reproductive technology: a meta-analysis.* PLoS One, 2013. **8**(10): p. e75953.
3. **Nguyễn Văn Rực, L.T.H.,** Nguyễn Ngân Hà, Đặng Thị Nhâm,, *Phân tích nhiễm sắc thể ở 350 cặp vợ chồng sẩy thai liên tiếp và sinh con bị dị tật bẩm sinh,* in *Tạp chí nghiên cứu y học.* 2012. p. 24-28.
4. **Asgari, A., et al.,** *The study of chromosomal abnormalities and heteromorphism in couples with 2 or 3 recurrent abortions in Shahid Beheshti Hospital of Hamedan.* Iran J Reprod Med, 2013. **11**(3): p. 201-8.
5. **M.De Braekeleer, T.-N.D.,** *Cytogenetic studies in couples experiencing repeated pregnancy losses.* 1990. **5**(5): p. 519-528.
6. **Sheth, F.J., et al.,** *Chromosomal abnormalities in couples with repeated fetal loss: An Indian retrospective study.* Indian J Hum Genet, 2013. **19**(4): p. 415-22.
7. **Zhang, Z., et al.,** *Chromosomal abnormalities in patients with recurrent spontaneous abortions in northeast China.* J Reprod Med, 2011. **56**(7-8): p. 321-4.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ HẠT NHÂN Ở BỆNH NHÂN LOẠN NĂNG THÁI DƯƠNG HÀM

Đinh Diệu Hồng*, Nguyễn Mạnh Thành*, Lầu A Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) ở bệnh nhân loạn năng thái dương hàm (TMD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 21 bệnh nhân được chẩn đoán loạn năng thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** tỷ lệ TMD ở nam thấp hơn nữ, 38.1% so với 61.9%. Vị trí đau thường gặp nhất là vùng cơ mặt và vùng khớp thái dương hàm (TMJ)/quanh tai với tỷ lệ lần lượt là 95.2% và 90.5%. Biên độ há miệng từ 10 đến 30 mm với giá trị hay gặp nhất là 10 và 15mm, giá trị trung bình là 16,19 ± 6,306. **Kết luận:** TMD gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nữ nhiều hơn là bệnh nhân nam. Các triệu chứng lâm sàng có thể gặp của TMD là đau vùng cơ mặt hoặc vùng TMJ, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp bất thường và lệch đường há ngậm miệng... Các hình ảnh có thể gặp trên MRI của TMD là sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, tràn dịch khớp, biến dạng đĩa khớp... MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là chưa thuyết phục và dễ bỏ sót tổn thương.

Từ khoá: khớp thái dương hàm (TMJ), loạn năng khớp thái dương hàm (TMD), hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

**Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Diệu Hồng
Email: dieuhong201@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017
Ngày duyệt bài: 29.12.2017

SUMMARY

CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGE CHARACTERISTICS IN TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS

Purpose of research: the purpose of this study

was to describe clinical and magnetic resonance image (MRI) characteristics in patients with temporomandibular disorder (TMD). **Method of research:** a case series study was performed on 21 patients diagnosed with TMD at Department of Dentistry, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** the rate of TMD in males, 38.1%, was lower than that in females with 61.9%. The most common pain positions were recorded in facial muscle area and TMJ/around the ear area with 95.2% and 90.5% respectively. Maximal mouth opening ranged from 10 to 30mm with 10 and 15 were seen in most cases, the average figure of this variable was 16,19 ± 6,306mm. **Conclusion:** TMD affected females more than males. Possible clinical symptoms included: pain in facial muscle area or TMJ area, reduced mouth opening, abnormal sounds in TMJ and changes in mandibular motion... Possible MRI findings: anterior displacement of the disc, joint effusion, disc deformity... Magnetic resonance imaging only detect damages of TMJ disc, therefore TMD diagnosis based solely on MRI is unconvinced and tend to leave out other damages.

Key words: temporomandibular joint (TMJ), temporomandibular disorder (TMD), magnetic resonance image (MRI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TMD – Temporomandibular disorders, là thuật ngữ chung cho các rối loạn cấu trúc và chức năng trong khớp thái dương hàm hoặc các cơ nhai, cơ vùng đầu cổ và các thành phần mô kế cận [1]. TMD có thể được coi là một tổn thương thực thể đa tác nhân [2]. Đặc trưng chủ yếu là đau, vận động hàm dưới hạn chế và tiếng kêu khớp [3].

Loạn năng thái dương hàm ngày càng trở thành một vấn đề được chú ý ở hầu hết các quốc gia trên thế giới chiếm tỉ lệ khá cao trong cộng đồng. Tại Mỹ theo nghiên cứu của Lipton (1993) thì 22% dân số có ít nhất một trong những triệu chứng TMD [4]. Tại Nhật (1996) một báo cáo về dịch tễ của TMD là 46% [5]. Ở Việt Nam: nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) cho thấy: số người có biểu hiện TMD chiếm tỉ lệ rất cao: 60,5% [6]. Nghiên cứu của Phạm Như Hải (2006) trên 544 người dân Hà Nội cho thấy số người có biểu hiện rối loạn từ trung bình tới nặng chiếm 20,6%, triệu chứng hay gặp là mỏi hàm (11,9%) [7].

Các phương pháp chẩn đoán tia X như panorama, cắt lớp lồi cầu, CT Scanner cho phép đánh giá tốt phần xương của khớp TDH. Tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) là phương pháp quan trọng và có giá trị chẩn đoán cao nhất, cho phép đánh giá chính xác hình thể, vị trí của đĩa khớp so với lồi cầu ở pha đóng và mở miệng. Ngoài ra cộng hưởng từ còn có thể đánh giá những bất thường giải phẫu lồi cầu, những thay đổi sớm ở bề mặt khớp và những bất thường phần mềm xung quanh khớp TDH như độ dày của vùng bám dính cơ chân bướm ngoài, sự gián đoạn vùng mô sau đĩa khớp, tràn dịch khớp.

Ở Việt Nam chưa có đề tài nào được công bố về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI ở bệnh nhân bị TMD. Xuất phát từ những điểm đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) ở bệnh nhân bị loạn năng thái dương hàm"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán TMD tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 7/2016 đến 7/2017.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán TMD. Đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định chụp MRI. Các trường hợp chụp không đúng protocol chuẩn. Bệnh án không đủ biến.

1.3. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 7/2016 đến tháng 7/2017 tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Mẫu thuận tiện: nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Trên thực tế chon được 21 bệnh nhân.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Biến số liên quan các thông tin chung của bệnh nhân: tuổi, giới...
- Biến số liên quan các triệu chứng lâm sàng: đau (mức độ, vị trí đau,...), tiếng kêu khớp, đường há ngậm miệng, biên độ vận động há miệng tối đa...
- Biến số liên quan các đặc điểm trên hình ảnh MRI: sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, sai lệch vị trí đĩa khớp sang bên, biến dạng đĩa khớp, tràn dịch khớp, gián đoạn mô sau đĩa khớp, thay đổi hình dạng cơ chân bướm ngoài, biến dạng lồi cầu,..

4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ bất cứ mục đích nào khác. Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội Đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 21 bệnh nhân gồm 8 nam (38,1%) và 13 nữ (61,9%).

Bảng 3.1: Vị trí và mức độ đau

Vị trí	Số lượng – Tỷ lệ (%)	Mức độ đau: X ± SD
Cơ mặt	21 - 100	5,9 ± 2,49
TMJ/quanh tai	21 – 100	7,43 ± 1,45
Vùng thái dương	0 – 0	0
Vùng cổ/gáy	0 – 0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện đau vùng cơ mặt và vùng TMJ hoặc vùng quanh tai. Mức độ đau theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 5,9 ± 2,49, tại vùng TMJ là 7,43 ± 1,45.

Bảng 3.2: Đặc điểm tiếng kêu khớp

Tiếng kêu khớp	n	%
Có	3	14,3
Không	18	85,7

Nhận xét: chỉ có 3 bệnh nhân (14,3%) có tiếng kêu khớp. Trong đó, có 1 bệnh nhân có tiếng kêu vùng TMJ bên trái, 1 bệnh nhân có tiếng kêu TMJ bên phải và 1 bệnh nhân có tiếng kêu TMJ cả 2 bên, cả 3 bệnh nhân đều xuất hiện tiếng kêu khớp ở cả 2 thì há miệng và ngậm miệng.

Bảng 3.3: Đặc điểm đường há ngậm miệng

Đường há ngậm miệng	n	%
Thẳng	1	4,8
Lệch trái	3	14,2
Lệch phải	6	28,6
Zigzag	11	52,4
Tổng	**21**	**100**

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân (4,8%) có đường há ngậm miệng thẳng, 3 bệnh nhân (14,2%) há ngậm miệng lệch trái, 6 bệnh nhân (28,6%) há ngậm lệch phải và 11 bệnh nhân (52,4%) có đường há ngậm miệng zigzag.

Bảng 3.4: Biên độ há miệng tối đa

	Min	Max	Mode	X	SD
Biên độ há miệng tối đa	10	30	10, 15	16,19	6,306

Nhận xét: biên độ há miệng tối đa dao động từ 10 đến 30mm, hai giá trị gặp nhiều nhất là 10 và 15mm, trung bình là 16,19 ± 6,306.

Bảng 3.5: Sai vị trí đĩa khớp và mức độ tổn thương

Vị trí đĩa khớp	Mức độ tổn thương					
	Bình thường		Hồi phục		Không hồi phục	
	n	%	n	%	n	%
Sai vị trí đĩa khớp bên trái ra trước	17	81,0	2	9,5	2	9,5
Sai vị trí đĩa khớp bên trái sang bên	21	100	0	0	0	0
Sai vị trí đĩa khớp bên phải ra trước	14	66,7	2	9,5	5	23,8
Sai vị trí đĩa khớp bên phải sang bên	21	100	0	0	0	0

Nhận xét: Có 4 đối tượng (19%) có sai đĩa khớp bên trái ra trước (trong đó có 2 tổn thương có hồi phục và 2 tổn thương không hồi phục). Có 7 đối tượng (33,3%) có sai đĩa khớp bên phải ra trước (trong đó có 2 tổn thương có hồi phục và 5 tổn thương không hồi phục). Ngược lại, không có bệnh nhân nào có sai đĩa khớp sang bên.

Bảng 3.6: Biến dạng đĩa khớp

Đĩa khớp	Hình dạng			
	Bình thường		Biến dạng (dẹt)	
	n	%	n	%
Bên trái	16	76,2	5	23,8
Bên phải	17	81,0	4	19,0

Nhận xét: Có 5 đối tượng (23,8%) bị biến dạng đĩa khớp bên trái, 4 đối tượng (19%) biến dạng đĩa khớp bên phải. Cả 9 đối tượng (100%) đều có hình thái đĩa khớp dạng dẹt.

Bảng 3.7: Tràn dịch khớp trong nhóm đối tượng nghiên cứu

	Tràn dịch khớp			
	Có		Không	
	n	%	n	%
Bên trái	8	38,1	13	61,9
Bên phải	6	28,6	15	71,4

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 8 bệnh nhân (38,1%) bị tràn dịch khớp bên trái và 6 bệnh nhân (28,6%) tràn dịch khớp bên phải.

Bảng 3.8: Biến dạng lồi cầu trong nhóm đối tượng nghiên cứu

	Biến dạng lồi cầu			
	Có		Không	
	n	%	n	%
Bên trái	0	0,0	21	100
Bên phải	1	4,8	20	95,2

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 1 bệnh nhân (4,8%) bị biến dạng lồi cầu bên phải và không có bệnh nhân nào bị biến dạng lồi cầu bên trái.

Bảng 3.9: Đặc điểm lâm sàng tương ứng với vị trí đĩa khớp trên MRI

Hình ảnh đĩa khớp trên MRI	n	Vị trí và mức độ đau trung bình				Có tiếng kêu khớp (%)	Đường há ngậm miệng bất thường (%)	Biên độ há miệng tối đa trung bình (mm)
		Cơ mặt	TMJ/ quanh tai	Thái dương	Cổ/ gáy			
Bình thường	13	6,3 ± 2,8	8,0 ± 1,2	0	0	0	7,7	15,8 ± 6,4
Sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục	3	4,33 ± 2,08	7,0 ± 2,0	0	0	100	100	13,33 ± 2,89
Sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục	5	5,8 ± 1,48	6,2 ± 1,1	0	0	0	100	19 ± 7,4

Nhận xét: Trong số 21 bệnh nhân có 13 bệnh nhân có vị trí đĩa khớp bình thường, 3 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khps ra trước có hồi phục và 5 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục.

Trong 13 bệnh nhân có vị trí đĩa khớp bình thường, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 6,3 ± 2,8; tại vùng khớp thái dương hàm là 8,0 ± 1,2; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 7,7% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 15,8 ± 6,4.

Trong 3 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 4,33 ± 2,08; tại vùng khớp thái dương hàm là 7,0 ± 2,0; 100% bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 13,33 ± 2,89.

Trong 5 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, mức đô đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 5,8 ± 1,48; tại vùng khớp thái dương hàm là 6,2 ± 1,1; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp tại thời điểm khám; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 19 ± 7,4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong 21 bệnh nhân có 38,1% là nam và 61,9% là nữ. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác nhận thấy có sự tương đồng. Các tác giả Dworkin (1990), Hồ Thị Ngọc Linh (2003), Phạm Như Hải (2006) đều đưa ra kết luận loạn năng TDH có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn so với bệnh nhân nam [3],[7]. Có sự khác biệt này chủ yếu do nữ giới quan tâm đến các vấn đề sức khỏe hơn so với nam giới, do đó nữ giới tham gia khám và điều trị bệnh nhiều hơn so với nam giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu: Trong nhóm đối tượng này, 2 triệu chứng nổi bật hơn là đau vùng cơ mặt và vùng khớp và hạn chế há miệng, triệu chứng tiếng kêu khớp phát hiện trong lúc khám bệnh nhân chỉ xuất hiện ở 3/21 bệnh nhân. Tuy nhiên khi khai thác bệnh sử thì tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử có tiếng kêu khớp tăng lên rất nhiều. Hầu hết bệnh nhân đến khi tình trạng bệnh đã tiến triển nặng hơn, triệu chứng tiếng kêu khớp chỉ xuất hiện trong trường hợp sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, những tổn thương dạng này không được điều trị sẽ tiến triển đến sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, lúc này bệnh nhân không còn triệu chứng tiếng kêu khớp nhưng khi khai thác tiền sử sẽ thu được kết quả là bệnh nhân đã có những đợt có tiếng lục cục bất thường ở khớp khi ăn nhai, khi vận đông hàm.

4.3. Đặc điểm hình ảnh MRI ở nhóm đối tượng nghiên cứu: Dấu hiệu sai vị trí đĩa khớp điển hình của loạn năng khớp thái dương hàm là sai đĩa khớp ra trước. Ngoài ra còn có thể gặp các dấu hiệu khác trên MRI như biến dạng đĩa khớp, tràn dịch ổ khớp. Với 11 bệnh nhân (52,4%) có sai vị trí đĩa khớp, nghiên cứu này cho kết quả khác với báo cáo của R. Tallents và cộng sự (1996) với 84% bệnh nhân có dấu hiệu tương tự [6]. Sự khác biệt này đến từ khác biệt về cỡ mẫu khi R. Tallents thực hiện nghiên cứu trên 263 bệnh nhân có triệu chứng của loạn năng khớp thái dương hàm.

4.4. Đặc điểm lâm sàng theo các vị trí của đĩa khớp: Trong các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 6,3 ± 2,8; tại vùng khớp thái dương hàm là 8,0 ± 1,2; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 7,7% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 15,8 ± 6,4.

Trong các trường hợp sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, mức độ đau trung bình theo

thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 4,33 ± 2,08; tại vùng khớp thái dương hàm là 7,0 ± 2,0; 100% bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 13,33 ± 2,89.

Trong các trường hợp sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là 5,8 ± 1,48; tại vùng khớp thái dương hàm là 6,2 ± 1,1; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp tại thời điểm khám; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là 19 ± 7,4.

Như thế có thể thấy các dấu hiệu như đau, hạn chế há miệng không phải là triệu chứng đặc hiệu cho sai vị trí đĩa khớp ra trước, kể cả các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường ta vẫn có thể gặp các triệu chứng này, thậm chí các triệu chứng này còn biểu hiện rõ rệt hơn (mức độ đau lớn hơn, hạn chế há miệng hơn). Tuy nhiên, triệu chứng tiếng kêu khớp lại là đặc hiệu cho tổn thương sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục khi mà 100% bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục đều có tiếng kêu khớp ở cả hai thì, còn các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường hoặc sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục thì không xuất hiện tiếng kêu khớp. Như vậy, MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, tuy nhiên, loạn năng TDH bao gồm các rối loạn ở cả hệ thống cơ và vùng khớp TDH, vì vậy, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là không thuyết phục và dễ bỏ sót tổn thương.

V. KẾT LUẬN

TMD gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nữ nhiều hơn là bệnh nhân nam.

Các triệu chứng lâm sàng có thể gặp của TMD là đau vùng cơ mặt hoạc vùng TMJ, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp bất thường và lệch đường há ngậm miệng...

Các hình ảnh có thể gặp trên MRI của TMD là sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, tràn dịch khớp, biến dạng đĩa khớp...

MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là chưa thuyết phục và dễ bỏ sót tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Okeson J.P. (1996).** Orofacial pain: Guilines for assessment, diagnosis and management. *Chicago: Quintessence Publishing Co,* 113-184.
2. **De Leeuw R. (2008).** American Academy of Orofacial Pain: Guilines for Assessment, Diagnosis, and Management, fourth ed. *Chicago: Quintessence Publishing,* 131-141.
3. **Dworkin S.F., Huggins K.H., Leresche L. et al. (1990).** Epideminology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in case and controls. *J. Am. Dent Association,* 120(3), 273-281.
4. **Kamisaka M., Yatani H., Kuboki T. et al (2000).** Four year longitudinal course of TMD symptoms in an adult population and the estimation of risk factors in relation to symtoms. *J Orofac Pain,* 14(3), 224-232.
5. **Jake E, Robert JG (2000).** Coping Profile Differences in the Biopsychosocial Functioning of Patients With TMD. *Psychosomatic Medicine,* 62, 69-75.
6. **R. Tallents, R. Katzberg, W. Murphy et al (1996).** Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic patients with temporomandibular disorders. *The Journal of prosthetic dentistry,* 75 (5), 529-533.
7. **Hoàng Thị Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng (2000).** Rối loạn thái dương hàm, *Tạp chí Y học Hồ Chí Minh,* 8(4), 23-30.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỠNG CỰC

Lê Thị Thu Hà*, Nguyễn Kim Việt*, Trần Hữu Bình*, Nguyễn Thành Long*, Phạm Xuân Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm thực trang điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Đối tượng:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 12/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu trên, chúng tôi thu được 1 số kết quả sau: các bệnh nhân được điều trị phác đồ đa hóa trị chiếm > 90%. Thuốc chỉnh khí sắc được chỉ định ở 67,6% bệnh nhân, phổ biến nhất là valproat. Thuốc an thần kinh và chống trầm cảm được sử dụng phổ biến ở hơn 75% bệnh nhân; an thần kinh thường được chỉ định là quetiapin và olanzapin, các thuốc an thần kinh thế hệ mới sử dụng dài ngày hơn so với an thần kinh thế hệ cũ (haloperidol); sertralin và mirtazapin là

Trường đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hà
Email: lethuha@hmu. edu. vn

Ngày nhận bài: 11.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017
Ngày duyệt bài: 30.12.2017